

住院患者康复治疗文书书写要点专家共识

中国康复医学会物理治疗专业委员会,中国康复医学会作业治疗专业委员会

* 通信作者:欧海宁,E-mail:haining@gzucm.edu.cn

收稿日期:2024-12-25;接受日期:2025-01-26

基金项目:广东省中医院中医康复人才培养项目(01020184);康复治疗学国家一流专业建设项目(A1-2601-24-427)

DOI:10.3724/SP.J.1329.2025.02003

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



摘要 规范的康复治疗文书对于康复临床工作具有重要意义。目前尚无“康复治疗文书书写规范”可供参考,极大影响康复治疗的标准化和同质化进程。制订《住院患者康复治疗文书书写要点专家共识》有助于为康复医疗专业人员提供一个明确、可操作的康复治疗文书书写规范,以促进康复治疗文书的规范化书写。本专家共识从住院患者康复治疗文书的基本原则、基本要素、主要内容3个方面提出规范化建议。康复治疗文书的书写应遵循规范性、全面性、客观性、准确性、及时性、合规性、真实性等原则。基本书写要素应包含初始记录、治疗过程记录和出院记录,建议以主观资料、客观资料、评估和计划(SOAP)病历书写模式作为基本格式。其中初始记录的主观资料应包括主诉、现病史、既往史、社会史、情绪或态度、疼痛和康复期望;初始记录的客观资料应包括基本生命体征、意识状态、精神心理状态,并根据实际情况记录物理治疗、作业治疗、言语与吞咽治疗等评估结果;评估与分析主要包括功能诊断、长期康复目标和短期康复目标;治疗计划应包括治疗内容和其他注意事项。治疗过程记录应包括实施记录和进展记录。出院记录应包括出院诊断、出院康复评定、下一阶段目标、出院指导计划。该专家共识可提升住院患者康复治疗文书的书写质量,促进我国康复治疗临床工作规范化、同质化,为康复治疗的临床和科研工作提供支持和依据。适用于指导综合医院康复科病房、康复医院、社区康养机构病房的康复治疗师进行康复治疗文书的规范化书写。

关键词 康复治疗文书;病历书写;住院患者;书写规范;专家共识

医疗文书是医疗机构在医疗、预防、保健、教学、科研等活动中形成的具有法律意义、规范格式和专业序列的文件总称,是医疗机构必须严格执行的法律制度。它不仅是临床工作的原始记录,也是临床科室处理医疗事务的主要依据。为规范我国医疗机构病历书写行为,提高病历质量,保障医疗质量和医疗安全,我国2002年颁布《病历书写基本规范(试行)》(卫医发〔2002〕190号),并于2010年重新修订《病历书写基本规范》(卫医政发〔2010〕11号)^[1-2]。基于以上文件,已有研究对康复医学科结构化病历的首页结构、内容结构及数据标准进行规范^[3-6],且康复医师在对老年康复住院患者进行病案书写时已经有病案书写要点专家共识可供参

考^[7]。2010年,《康复护理文书书写规范》为护理医疗文书规范书写提供指引。然而,康复治疗师作为康复医学团队的重要组成成员,是具体康复治疗计划的执行者,如何规范记录其临床工作,目前尚缺乏“康复治疗文书书写规范”可供参考,极大影响临床康复治疗的规范化管理,阻碍康复医疗质量的评估与监督,增加康复医疗纠纷的风险,也是目前我国康复临床工作亟待解决的关键问题。

规范的康复治疗文书对于康复临床工作具有重要意义:①是康复治疗师正确进行功能诊断、功能评定、残疾分析、制订康复计划、监测康复效果、确定患者回归社会还是回归家庭等问题的依据;②是医疗费用支付体系中医疗保险等第三方付费

引用格式:中国康复医学会物理治疗专业委员会,中国康复医学会作业治疗专业委员会.住院患者康复治疗文书书写要点专家共识[J].康复学报,2025,35(2):124-129.

Chinese Physical Therapy Association, China Occupational Therapy Association. Expert consensus on key writing points for inpatient rehabilitation treatment documents [J]. Rehabil Med, 2025, 35(2): 124-129.

DOI:10.3724/SP.J.1329.2025.02003

©《康复学报》编辑部,开放获取CC BY-NC-ND 4.0协议

© Rehabilitation Medicine, OA under the CC BY-NC-ND 4.0

机构支付治疗费用的重要依据^[8];③是处理医疗纠纷时具有法律效力的重要依据;④是提高康复医学的整体水平,加强康复医疗服务质量,促进我国康复医学事业快速发展的基础;⑤是进行康复科研、教学和临床经验总结的宝贵资料。

本专家共识参考康复治疗文书书写相关文献,结合广大康复治疗师临床诊疗活动流程及国家医保政策对康复治疗服务项目的相关规定,就住院患者康复治疗文书的书写要点进行编制。今后将在行业内积极推行以达成以下目标:①提高我国康复治疗文书的书写水平,规范治疗师的临床工作,增强临床思维逻辑性,提高康复治疗工作效率;②推动国内康复治疗各亚专业的临床工作规范化、康复治疗教育国际化进程;③填补国内缺乏住院患者康复治疗文书书写规范的空白。

1 基本原则

康复治疗文书是以书面的形式记载患者所接受过的康复评估与治疗服务及提供这些服务的原因,是康复治疗师在康复评估、治疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像等资料的总和,包括功能评估、治疗计划和治疗记录等内容^[5,9]。康复治疗文书的书写应遵循规范性、全面性、客观性、准确性、及时性、合规性、真实性等原则^[10]。

1.1 规范性

康复治疗文书应遵循统一标准和格式进行书写,以确保信息的规范化和标准化。

1.2 全面性

全面地记录患者功能问题、功能诊断、康复方案和康复治疗过程。

1.3 客观性

康复治疗文书必须客观描述患者功能情况,避免主观臆断和偏见。

1.4 准确性

必须准确无误地反映患者病情、治疗过程和效果,确保医疗信息的可靠性。

1.5 及时性

及时记录,以实时反映患者的治疗状态,有助于及时调整治疗方案,确保治疗的有效性。

1.6 合规性

康复治疗文书的书写还应遵守相关法律法规和行业规定,确保文书的合法性和合规性。

1.7 真实性

康复治疗文书不得虚构病情、虚假伪造。

2 基本要素

住院患者康复治疗文书应包括初始记录、治疗过程记录(包括实施记录和进展记录)和出院记录。记录的格式应采用SOAP[主观资料(subjective, S);客观资料(objective, O)、评估(assessment, A)、计划(plan, P)]病历书写模式作为基本格式,这一模式能够有效整合患者的主观感受、客观检查结果、专业评估及治疗方案,使文书条理更加清晰、易于理解^[11-15]。

2.1 初始记录

初始记录是指患者入院转介后,责任治疗师通过问诊、体格检查和功能评估等获得主、客观资料,并对这些资料进行归纳、分析、整理,形成功能诊断,找出主要问题,进一步制订康复目标与治疗计划而产生的文书记录。初始记录建议于患者介入康复治疗后24 h内完成。

2.2 治疗过程记录

2.2.1 实施记录 指责任治疗师对患者实施康复措施所进行的记录。包括治疗项目、频率、强度、治疗内容、治疗目的和患者反应等。如果每次实施内容没有改变,治疗记录无需重复记录;如果实施内容因为患者的具体情况有所调整,治疗记录需要重新记录,并作出相对应的解释说明。

2.2.2 进展记录 指患者介入康复治疗一段时间后,责任治疗师重新对患者进行评估获得的有关资料,主要评估患者短期目标完成及计划执行的情况,要注重功能改变,必要时及时调整目标,重新制订相应的治疗计划。

2.3 出院记录

指患者即将出院之前,责任治疗师最后一次对患者进行评估获得的有关资料,主要是总结治疗过程,评估患者近期目标完成的情况,并根据患者转归,提出治疗建议(转院)或制订出院指导计划(回家)。

3 主要内容

3.1 初始记录

3.1.1 主观资料(S)的书写要点

3.1.1.1 主诉 患者自诉的最主要的功能障碍或健康问题,是患者就诊的最直接原因。

3.1.1.2 现病史 主要描述患者从发病到就诊时(即现阶段)的病情演变过程,以及就诊时的症状、体征、特殊用药等其他与疾病有关的情况。

3.1.1.3 既往史 记录既往健康状况和过去曾经患过的疾病。①既往健康状态包括日常生活活动能力、意识状态、认知功能和精神状态等。②过去曾患过的疾病包括患者身体各系统的疾病,特别是与目前所患疾病密切相关的内容。

3.1.1.4 社会史 包括患者的家庭背景、教育程度、职业、生活习惯、居家情况等信息。这些信息可以帮助康复治疗师更好地了解患者的个人情况和健康状况,从而为患者提供更加个性化的治疗和建议。

3.1.1.5 情绪或态度 记录检查或治疗过程中患者的配合情况及情绪状态。

3.1.1.6 疼痛 记录疼痛范围(有多处疼痛则分开记录)、性质、深度、持续时间、严重程度、加重或减轻因素等。可使用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)等进行疼痛强度评估。

3.1.1.7 康复期望 列出患者及家属最关切的期望,治疗目标将结合患者及其家属的愿望针对性设定。康复期望可以帮助患者明确自己的康复目标,从而更好地参与康复治疗过程。此外,康复治疗师也可以通过了解患者的康复期望,调整治疗方案和提供更加个性化的康复指导。

3.1.2 客观资料(O)的书写要点 主要通过观察、测试、测量、量表评估等方式获得,检查内容包括基本生命体征、意识状态、精神心理状态等,并可根据患者实际情况记录物理治疗、作业治疗、言语及吞咽治疗评估结果。

3.1.2.1 基本生命体征 应记录体温、心率、呼吸频率、血压等基本生命体征信息。

3.1.2.2 意识状态 需要评估并记录意识水平,并可参考专业的评估量表,如采用格拉斯哥昏迷评分量表(Glasgow Coma Scale, GCS)进行评定。

3.1.2.3 精神心理状态 通常包括精神状态、情感表现、意志行为和社会适应能力的综合评估^[16]。

3.1.2.4 物理治疗 指通过功能训练、手法治疗,并借助于电、光、声、磁、冷、热、水、力等物理因子提高人体健康,预防和治疗疾病,恢复、改善或重建躯体功能。侧重于对关节活动度、肌力、肌张力、肢体围度、感觉、平衡、协调、皮肤状况、瘢痕等级等评估结果记录,以及功能性活动水平(如转移、步行、上下楼梯等)和参与水平的描述。

3.1.2.5 作业治疗 作业治疗是康复医学的重要组成部分,是一个相对独立的康复治疗专业,其目的是协助躯体功能障碍、精神功能障碍及社会功能障碍者等群体选择、参与、应用有目的和有意义的作业活动(自理、工作、游戏/休闲),预防、恢复或减少与生活有关的功能障碍,最大限度地恢复躯体、心理和社会方面的功能独立,增进健康,预防能力丧失及残疾发生,使人可以在生活环境中得以发展,鼓励他们参与并为社会作贡献。包括肌力、肌张力、肢体围度、感觉、皮肤状况、瘢痕等级、关节活动度、手的灵活性、认知及知觉功能等评估结果记录,还包括辅助器具及使用(如轮椅、助行器、生活辅助器具、矫形器等)的大小、尺寸、附件评估及使用技巧评估)、环境、职业能力、日常生活活动能力(如穿衣、吃饭、洗漱等)、娱乐休闲能力以及社会参与水平评估。

3.1.2.6 言语和吞咽治疗 言语治疗是指通过不同的治疗方法(训练、指导、手法介入、交流替代设备等)对各类言语障碍进行预防、治疗、代偿和恢复患者的言语功能,提高患者沟通交流能力。吞咽治疗指针对各种原因导致的吞咽功能障碍患者,运用吞咽功能康复的多种治疗方法,帮助患者代偿或恢复吞咽功能,达到安全进食的目标。包括对言语功能(如患者的理解及表达能力、使用交流辅具的能力)、构音功能(患者构音器官的运动功能,了解患者是否存在异常的构音模式)、吞咽功能(主要是患者口腔期及咽期的表现情况,包括咀嚼能力、口腔控制及食物运送能力、代偿方式、食物类型及性状、进食过程的表现(如呛咳、残留、溢出、分次吞咽等)和口颜面功能(描述所测量的口颜面功能等级)的描述。

3.1.3 评估与分析(A)的书写要点 康复治疗师通过对主观资料和客观资料等进行分析、判断,形成功能诊断,并制订康复目标(包括长期目标和短期目标)^[17]。

3.1.3.1 功能诊断 功能诊断是康复治疗师制订康复目标和康复治疗计划的重要依据^[7],完整的功能诊断必须包括损伤及功能限制2个部分^[18]。损伤指肌肉骨骼系统、神经系统和皮肤系统等异常或功能障碍,或者由于身体各大系统病变而造成的功能问题。功能限制是指患者的功能性活动能力出现不足或丧失,完成某些任务或活动的的能力下降等情况。

3.1.3.2 长期目标 即预期的功能性治疗结果,是描述患者经过康复治疗,在身体、心理和社会层面所能达到的功能性结果或目标。这些目标不仅关注患者身体功能的改善,还重视患者心理和社会层面的健康,以支持患者实现有意义的生活。长期目标需要是具体、可测量和可评估的,以便治疗师可以追踪患者的进展情况,并根据实际情况调整康复治疗方案。可以有多个目标,这些目标必须是功能性活动,包括日常生活中的功能动作或表现,例如穿衣、洗澡、行走、工作等。这些动作或表现不仅与患者的日常生活密切相关,还是实现患者有意义生活的重要方面。

长期目标设定需要患者和康复团队共同参与,并综合考虑患者的具体情况、病情严重程度、康复进程等因素。这些目标应该还与疾病转归结果一致,如恢复身体功能、减少疼痛、提高生活质量等。

在实现长期目标的过程中,治疗师需要根据患者具体情况制订个性化康复计划,逐步实现短期目标并向长期目标迈进。同时,治疗师还需要根据实际情况调整和完善康复计划,以确保患者能够顺利实现长期目标。

3.1.3.3 短期目标 是指患者通过康复治疗可以在较短的时间(一般1~2周)内实现的功能性进步或目标。这些目标是完成预期治疗结果的阶段,因此要和治疗结果相关。短期目标通常与长期目标相关,是实现长期目标的基础和关键步骤。

短期目标包含治疗对象(一般指患者)、治疗内容(如提高肩关节活动度)、实施条件(如辅具、室内平地等)、治疗达到的水平、治疗时间。可以有多个目标,但不能定得过高^[18]。

3.1.4 治疗计划(P)的书写要点 治疗计划是患者为了实现每一个短期目标所接受的一个或多个干预措施。治疗计划与长期目标及短期目标密切相关,在治疗计划记录中必须包含准确内容,如治疗频率、治疗强度、治疗时间、类型、治疗地点(病房、治疗室、家中等)、治疗进程、健康宣教(在病房或家中训练的具体内容、注意事项等)、训练工具(如哑铃等)、注意事项、治疗过程需关注的地方、可能出现危险的情况、计划实施者应规避的风险(如患者植入心脏起搏器、有下肢深静脉血栓、防摔倒、防坠床、防误吸等)以及对家属/照顾者的宣教等。

3.2 治疗过程记录

3.2.1 实施记录 各亚专业方向应根据实际实施

情况分别书写实施记录,如PT、OT、ST应分别记录。实施记录宜包括以下内容:治疗项目名称、数量、频率、治疗内容、治疗目的、治疗后反应、责任治疗师的签名及记录时间。可以采用表格形式。

3.2.2 进展记录 指患者介入康复治疗一段时间后,责任治疗师对患者再次进行检查评估(应根据实际情况及时记录,若患者功能变化较快,应缩短2次记录间隔时间),通常是重复在初始检查时所做的测验及评量以记录患者对治疗计划的反应,获得有关资料,主要评估患者短期目标完成及计划执行的情况,要注重功能改变,必要时需及时调整目标,重新制订相应治疗计划。

3.3 出院记录

记录内容应包括出院诊断、出院康复评定、下一阶段目标和出院指导计划。

3.3.1 出院诊断 宜引用主管医生的出院诊断。

3.3.2 出院康复评定 通过康复评定进行整体康复治疗效果评估,应包括运动能力、生活自理能力、工作社交能力等功能,主要评估患者目标完成及计划执行的情况,要注重功能改变。

3.3.3 下一阶段目标 宜根据评估结果整理、归纳、分析、判断患者现阶段功能情况并制订相应康复目标。

3.3.4 出院指导计划 治疗师为了进一步改善患者功能,保证治疗连续性,需要让患者在家或转介到其他医疗机构进行有计划、有针对性的治疗,并提供后续治疗建议,包括支具或辅助器械等。

以上记录均应有康复治疗师签名,并填写记录日期。

4 小 结

康复医疗工作是卫生健康事业的重要组成部分。加快推进康复医疗工作发展对全面推进健康中国建设、实施积极应对人口老龄化国家战略和保障/改善民生具有重要意义。因此,需要积极推动康复医疗服务高质量发展,以满足人民日益增长的康复需求。其中,康复治疗文书质量是促进康复治疗质量巩固和提升的关键。

本专家共识旨在规范和提高康复治疗文书的书写水平;促进我国康复治疗临床工作规范化、同质化;提升康复治疗教育先进性、国际性;推动我国康复医学事业的快速发展,为实施健康中国国家战略提供康复医疗支撑,为康复治疗的临床和科研工作

作提供依据和支持。适用于指导综合医院康复科病房、康复医院、社区康养机构病房的康复治疗师进行康复治疗文书的规范化书写。

共同执笔:杨金玉、欧海宁、于佳妮

共识专家组成员:(排名不分先后)

王于领(中山大学附属第六医院)、王玉龙(深圳市第二人民医院)、王楚怀(中山大学附属第一医院)、马超(中山大学孙逸仙纪念医院)、王志军(佛山市第五人民医院)、兰月(广州市第一人民医院)、冯晓东(河南中医药大学)、朱玉连(复旦大学附属华山医院)、闫彦宁(河北省人民医院)、李海(南方医科大学深圳医院)、李奎成(山东第二医科大学)、李舜(广州医科大学附属第三医院)、刘四文(广东省工伤康复医院)、刘春龙(广州中医药大学针灸康复临床医学院)、刘晓丹(上海中医药大学康复学院)、刘璇(中国康复研究中心北京博爱医院)、吴文(南方医科大学珠江医院)、吴正蓉(四川省康复医院)、张巧俊(西安交通大学第二附属医院)、陈文杰(汕头大学医学院第一附属医院)、陈启波(广西医学科学院、广西壮族自治区人民医院)、陈红霞(广东省中医院)、陈艳(广州医科大学附属第二医院)、招少枫(中山大学附属第八医院)、林国徽(广州市残疾人康复中心、广州博爱医院)、林强(中山大学附属第七医院)、欧海宁(广东省中医院)、侯玲英(广州医科大学附属第五医院)、郭京伟(中日友好医院)、郭媛媛(广州医科大学附属第五医院)、徐开寿(广州市妇女儿童医疗中心)、徐武华(广州市红十字会医院)、敖丽娟(昆明医科大学)、高强(四川大学华西医院)、黄智胜(广州市中西医结合医院)、黄臻(广州市番禺区中心医院)、窦祖林(中山大学附属第三医院)

参考文献

- [1] 卫生部,中医药局.关于印发《病历书写基本规范(试行)》的通知[EB/OL]. (2002-08-16)[2025-02-05]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2003/content_62088.htm.
Ministry of Health of the People's Republic of China, Administration of Traditional Chinese Medicine of the People's Republic of China. Notice on issuing the basic norms for medical record writing (trial) [EB/OL]. (2002-08-16)[2022-02-05]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2003/content_62088.htm.
- [2] 卫生部.卫生部关于印发《病历书写基本规范》的通知[EB/OL]. (2010-01-22)[2025-02-05]. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201304/1917f257cd774afa835cff168dc4ea41.shtml>.
Ministry of Health of the People's Republic of China. Notice of

the Ministry of Health of the People's Republic of China on issuing the basic norms for medical record writing [EB/OL]. (2010-01-22)[2022-02-05]. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201304/1917f257cd774afa835cff168dc4ea41.shtml>.

- [3] 国家康复医学专业医疗质量控制中心专家委员会,国家康复医学专业医疗质量控制中心办公室,国家脑损伤评价医疗质量控制中心,等.康复医学科结构化病历推荐意见(2023版)(二):专科结构化病历范例[J].中国康复理论与实践,2025,31(1):70-84.
National Center for Healthcare Quality Management in Rehabilitation Medicine Expert Commission, National Center for Healthcare Quality Management in Rehabilitation Medicine Office, National Brain Injury Evaluation and Quality Control Center, et al. Structured medical records in rehabilitation medicine: II. Example [J]. Chin J Rehabil Theory Pract, 2025, 31(1): 70-84.
- [4] 国家康复医学专业医疗质量控制中心专家委员会,国家康复医学专业医疗质量控制中心办公室,国家脑损伤评价医疗质量控制中心,等.康复医学科结构化病历推荐意见(2023版)(一):入院记录(住院志)[J].中国康复理论与实践,2025,31(1):67-69.
National Center for Healthcare Quality Management in Rehabilitation Medicine Expert Commission, National Center for Healthcare Quality Management in Rehabilitation Medicine Office, National Brain Injury Evaluation and Quality Control Center, et al. Structured medical records in rehabilitation medicine: I. Admission record/note [J]. Chin J Rehabil Theory Pract, 2025, 31(1): 67-69.
- [5] 杨亚茹,邱卓英,陈迪,等.康复病历的内容结构与数据标准研究[J].中国康复理论与实践,2025,31(1):21-32.
YANG Y R, QIU Z Y, CHEN D, et al. Structure, content and data standardization of rehabilitation medical records [J]. Chin J Rehabil Theory Pract, 2025, 31(1): 21-32.
- [6] 叶海燕,秦晴,刘叶,等.康复住院病案首页结构、内容和数据标准化研究[J].中国康复理论与实践,2025,31(1):55-66.
YE H Y, QIN Q, LIU Y, et al. Structure, content and data standardization of inpatient rehabilitation medical record summary sheet [J]. Chin J Rehabil Theory Pract, 2025, 31(1): 55-66.
- [7] 中国康复医学会老年康复专业委员会.老年康复患者住院病案书写要点专家共识[J].康复学报,2024,34(4):336-340,348.
Committee of Geriatric Rehabilitation of Chinese Association of Rehabilitation Medicine. Expert consensus on key points of inpatient medical records documentation for geriatric rehabilitation patients [J]. Rehabil Med, 2024, 34(4): 336-340, 348.
- [8] THOMPSON D L. Hands heal: communication, documentation, and insurance billing for manual therapists [M]. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2018: 23-24.
- [9] ERICKSON M, MCKNIGHT R, UTZMAN R. Physical therapy documentation: from examination to outcome [M]. 3rd Ed. Thorofare, NJ: Slack Incorporated, 2020: 37.
- [10] SHAMUS E, STERN D F. Effective documentation for physical therapy professionals [M]. 2nd Ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2011: 145-146.

- [11] LORI Q, JAMES G. Functional outcomes documentation for rehabilitation [M]. Philadelphia: Saunders, 2003: 23–26.
- [12] SCOTT R. Legal aspects of documenting patient care for rehabilitation professionals [M]. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 2005: 341–355.
- [13] SCOTT C K. Documenting functional outcomes in physical therapy [M]. St. Louis, Missouri: Mosby Year Book, 1993: 21–22.
- [14] FRANK P L, PETER S U. SOAP for Neurology [M]. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005: 69–71.
- [15] LIANG L B, LIU X P, ZHANG L, et al. A novel model of ambulatory teaching of residents in general practice in China: a cross-sectional study [J]. BMC Med Educ, 2024, 24(1): 679.
- [16] 姚本先. 心理学[M]. 3版. 北京: 高等教育出版社, 2018: 3.
YAO B X. Psychology [M]. 3rd Ed. Beijing: Higher Education Press, 2018: 3.
- [17] KAFEL T, ŠUC L, VIDOVIČ M, et al. Methods of goal-setting in rehabilitation of adults with physical dysfunctions—a scoping review [J]. Occup Ther Health Care, 2023: 1–30.
- [18] 窦祖林, 李奎, 李鑫. 康复治疗记录的撰写[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 130–133.
DOU Z L, LI K, LI X. Documentation recording & writing for rehabilitation therapist [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2016: 130–133.

Expert Consensus on Key Writing Points for Inpatient Rehabilitation Treatment Documents

Chinese Physical Therapy Association, China Occupational Therapy Association

*Correspondence: OU Haining, E-mail: haining@gzucm.edu.cn

ABSTRACT Standardized rehabilitation treatment documents are of great significance to the clinical rehabilitation practice. At present, there is no "writing specification for rehabilitation treatment documents" available for reference, which substantially hinders the standardization and quality consistency of rehabilitation services. The development of the *Expert Consensus on Key Writing Points for Inpatient Rehabilitation Treatment Documents* aims to establish clear and structured guidelines for rehabilitation professionals to standardize clinical documentation practices. This expert consensus provides standardized recommendations focusing on three core aspects: fundamental principles, essential components, and key content requirements for inpatient rehabilitation documentation. The documentation should follow seven cardinal principles: standardization, comprehensiveness, objectivity, accuracy, timeliness, regulatory compliance and authenticity. Essential documentation components encompass three chronological sections: initial evaluation records, treatment progress notes, and discharge summaries. The SOAP (subjective data, objective data, assessment, plan) format is recommended as the foundational documentation framework. For initial evaluation records, the subjective section should include chief complaint, current medical history, past medical history, social history, emotional status, pain, and rehabilitation expectations; the objective section should include vital signs, consciousness level, mental status, and discipline-specific assessments (physical therapy, occupational therapy, speech/swallowing therapy); the assessment and analysis section should include functional diagnosis with corresponding long-term and short-term rehabilitation goals; the rehabilitation plan should include treatment protocols and relevant precautions. Treatment progress note requires systematic recording of implementation details and functional progress. Discharge summaries should include discharge diagnosis, discharge functional assessment, rehabilitation goals for the next stage, and discharge care instructions. This expert consensus can enhance documents quality in inpatient rehabilitation, promote the standardization and homogenization of clinical practice nationwide and provide support and basis for the clinical and scientific research work of rehabilitation. It is applicable to guiding the rehabilitation therapists in the rehabilitation wards of general hospitals, rehabilitation hospitals, and wards of community health and rehabilitation institutions to standardize the rehabilitation treatment documents.

KEY WORDS rehabilitation treatment documents; medical record writing; inpatients; writing standardization; expert consensus

DOI:10.3724/SP.J.1329.2025.02003